

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

N° 213

Tuberculose Pulmonaire

CONSÉCUTIVE A

L'ACTION INDIRECTE D'UN TRAUMATISME

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

PAR

HECTOR LEROY

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

213

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Tuberculose Pulmonaire

CONSÉCUTIVE A

L'ACTION INDIRECTE D'UN TRAUMATISME



ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

PAR

HECTOR LEROY

Président : M BALTHAZARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs

MM.

Anatomie.....	NICOLAS
Médecine opératoire.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....	N.
Pathologie médicale.....	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.....	GOSSET
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.....	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	DUPRE
Maladies des enfants.....	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en céphale.....	PIERRE-MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBEI
Clinique des maladies contagieuses.....	QUENU
	LEJARS
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN
	DE LAPPERSONNE
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BAR
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchement.....	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie.....	SEBILEAU

Aggrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LÉPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LEGÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROI	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	REITTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

INDUSTRIEL A HÉNIN-LIÉTARD (PAS-DE-CALAIS)

CAPITAINE DE RÉSERVE

PRÉSIDENT DU SOUVENIR FRANÇAIS, MORT EN PAYS ENVAHI

LE 17 JANVIER 1917

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

INGÉNIEUR CIVIL AUX MINES DE DROCOURT

LIEUTENANT AU 73^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR LE 26 SEPTEMBRE 1914

A PONTAVERT

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN PAUL MOSSOT

ENGAGÉ VOLONTAIRE A 19 ANS AU 113^e RÉGIMENT

D'INFANTERIE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR LE 27 FÉVRIER 1916

A MA CHÈRE MAMAN

*en reconnaissance de tout ce qu'Elle
a fait pour moi.*

A MA FEMME

A MA SOEUR

A MON BEAU-FRÈRE ROBERT JEAN LESUR

INGÉNIEUR DES ARTS ET MANUFACTURES

INGÉNIEUR DIVISIONNAIRE AUX MINES DE BOURGES

PRÉSIDENT DU SOUVENIR FRANÇAIS

CAPITAINE D'ARTILLERIE AUX ARMÉES

CROIX DE GUERRE

A THÉRÈSE ET MES CHERS PETITS NEVEUX

A MES BEAUX-PARENTS, A LÉANDRE

A MON ONCLE PAUL MOSSOT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

DIRECTEUR DES USINES MÉTALLURGIQUES

DE KNUTANGE-NILVANGE (LORRAINE)

A TOUS MES AUTRES PARENTS

Nous aurions voulu, à la veille de quitter la vie universitaire, pouvoir exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui, par leur affection, leurs conseils, leur enseignement, ont contribué à notre éducation.

Mais hélas ! pour ce faire entièrement, il faut que notre pensée s'envole vers le champ de bataille où tant de ceux que nous avons aimés dorment de leur dernier sommeil, couchés dans un linceul d'héroïsme et de gloire immortelle.

Nous saluons avec émotion les morts de notre famille si éprouvée pendant la guerre, en particulier notre frère chéri, tué dans la tranchée et dont les dernières paroles ont été celles d'un martyr ; notre Père vénéré, mort de privations au milieu d'un ennemi tant de fois maudit dans ses discours du Souvenir Français ; notre cousin Paul Mossot, engagé volontaire à 19 ans, blesé mortellement à la bataille de Verdun. Nous pensons aussi à tant de nos amis qui ont donné leur vie si généreusement, pour notre bien-aimée patrie. A eux, comme à tous ceux qui sont restés là-bas pour sauver la liberté du monde, va notre reconnaissance qui n'atteindra jamais la grandeur des sacrifices qu'ils ont faits pour nous.

Nous pensons à cette heure aux Frères des Ecoles Chrétiennes (Sluis Hollande) qui furent nos Maîtres de la première heure et dont les méthodes de travail

et de formation de la jeunesse, en font de si brillants éducateurs.

C'est pour nous une véritable joie de leur exprimer ici notre constante reconnaissance et l'assurance de notre inaltérable attachement.

Les Professeurs de la Faculté catholique de Médecine de Lille, qui guidèrent nos premiers pas dans la carrière médicale, ont droit à nos sentiments de gratitude.

Nous exprimons aux Professeurs de la Faculté de Médecine de Paris et à nos Maîtres dans les Hôpitaux nos sentiments respectueux et notre profonde reconnaissance.

M. le docteur Dervieux qui a inspiré notre thèse et qui s'est mis complaisamment à notre disposition pour nous fournir les divers renseignements dont nous avons besoin, mérite un souvenir particulier.

Que M. le Professeur Balthazard daigne accepter nos sentiments de gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Définition. - Considérations générales

Lorsque, à la suite d'un traumatisme, il se développe chez un individu, antérieurement sain en apparence, des lésions de tuberculose pulmonaire, on dit qu'il y a tuberculose pulmonaire traumatique.

La tuberculose tue beaucoup d'hommes ; mais il est incontestable qu'elle en touche bien plus. La fréquence des lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires ou celles des ganglions trouvées à l'autopsie d'individus ayant succombé à d'autres affections, le prouvent :

60 % pour Natalis Guyot, à Bicêtre.

50 % pour P. Brouardel, à la morgue.

50 % pour Letulle.

25 cas sur 131 autopsies pour Vibert.

Car chaque individu lutte différemment contre l'infection avec ses armes naturelles qui sont ses leucocytes, ses ganglions lymphatiques, ses ferments cellulaires, ses facultés héréditaires ou acquises de résistance ou d'intolérance à l'égard du bacille de Koch. La tuberculose peut se développer chez lui insidieusement, avec un début silencieux et rester latente jusqu'à la fin de sa vie. Mais une cause favori-

sante peut surgir qui fera éclater la maladie au grand jour avec toute sa symptomatologie.

Parmi ces nombreuses causes se trouve le traumatisme dont le rôle est admis depuis longtemps. La croyance populaire que « les coups dans le dos rendent poitrinaire » a été acceptée par tous les médecins.

Ce n'est qu'après de longues années de discussion sur des projets multiples que la loi du 9 avril 1898 est venue consacrer la théorie du risque professionnel en matière d'accidents du travail. On trouve tout naturel aujourd'hui, que l'obligation d'indemniser l'ouvrier, victime d'un accident, ait son fondement dans le risque d'un fait existant à la charge du patron. C'est l'industrie qui est devenue responsable des accidents, ce sont les frais généraux de l'entreprise qui doivent en supporter les conséquences, de même qu'ils comprennent la destruction ou l'usure du matériel, les risques d'incendie ou autres. La profession expose l'ouvrier à un risque continu : comme son travail le constitue créancier du salaire, tout accident du travail le fait créancier d'une indemnité.

On conçoit le large champ d'études ouvert par cette loi et les recherches qu'elle a provoquées parmi les savants, particulièrement dans le domaine de la tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique qui nous occupe. On comprend aussi toute son importance à notre époque où les problèmes sociaux sont à l'ordre du jour et où le médecin expert est appelé en

matière de droit commun ou d'accidents du travail à donner une décision dont l'importance commande parfois tant de prudence.

Les cas de tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique, dûment démontrés, sont relativement rares. Cette rareté n'étonne pas, quand on songe combien sont fréquents, chez des tuberculeux anciens, les traumatismes qui n'entraînent aucune localisation nouvelle, aucune aggravation de la tuberculose préexistante : ces faits sont bien connus des chirurgiens. Le traumatisme n'occuperait d'ailleurs qu'une place moins importante parmi les causes étiologiques qui provoquent le développement clinique de la tuberculose parmi lesquelles on peut citer : l'alcoolisme, la misère, l'alimentation défectueuse, le logement malsain, etc.

Cette rareté relative de la tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique nous a poussé à en signaler un cas. C'est à la suite d'un accident du travail survenu dans des circonstances spéciales, où l'action du traumatisme a été indirecte, que cette tuberculose s'est déclarée. Nous le signalons à l'appui de l'assertion de Vibert qui a déclaré « qu'il ne faut pas poser comme règle absolument générale la concordance du siège entre les lésions tuberculeuses et la blessure extérieure. Cet auteur a vu que la commotion pulmonaire, la pneumonie traumatique se traduisent quelquefois du côté opposé à celui qui a reçu le choc. Un choc, ou une commotion à distance, peuvent donner à plus forte raison une activité nouvelle à un foyer

tuberculeux situé en un point quelconque des deux
poumons.

Nous nous sommes proposés à cette occasion de re-
voir l'étiologie et la symptomatologie de cette tuber-
culose pulmonaire traumatique d'après les observa-
tions et les recherches publiées jusqu'ici,

ETIOLOGIE

Au point de vue étiologique, et en matière d'accident du travail ou de droit commun, il y a entre le traumatisme et la tuberculose pulmonaire deux relations à établir :

Une relation de temps.

Une relation de lieu.

RELATION DE TEMPS :

Il serait très important pour les médecins experts de connaître le laps de temps maximum séparant le traumatisme de l'apparition des premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire ou pleurale. Cette détermination est bien difficile à établir.

On a essayé de prendre comme base l'apparition des bacilles dans l'expectoration. Cette base est peu solide, nous savons en effet qu'une tuberculose peut rester enkystée très longtemps. L'expectoration peut ne pas contenir de bacilles malgré la lésion existante. Certains auteurs s'appuyant sur de nombreuses observations ont donné une moyenne de quatre mois, mais P. Brouardel déclare qu'« on est vraiment

trop peu fixé sur le temps de l'inoculation de la tuberculose pour oser avancer des affirmations fêtinées sur un tel sujet ».

MM. Ollive et Le Meignan résument admirablement la question; voici leur opinion à ce sujet : « Dans toutes les observations on note un début très rapproché de l'accident. Toutes les fois que l'intervalle entre le traumatisme et les manifestations pulmonaires, sera de plus de six semaines, il y aura lieu de rejeter l'origine traumatique, tout au moins de ne pas la tenir comme suffisamment démontrée. Il faudra pour admettre l'influence traumatique : ou pouvoir placer le début des lésions pulmonaires très près de l'accident, ou trouver la continuité absolue entre les symptômes du début et ceux de la tuberculose nette. Dans tous les cas où l'ouvrier aura passé par une période de bonne santé suivie à longue échéance (six mois et plus) de symptômes de tuberculose, la relation causale devra être rejetée comme insuffisamment prouvée. Les occasions de se tuberculiser sont assez fréquentes pour qu'il soit impossible, dans ces conditions, d'incriminer, même avec probabilité seulement le traumatisme antécédent ».

RELATION DE LIEU :

Nous distinguerons deux cas, mais auparavant disons deux mots de pathogénie.

Le traumatisme ne crée pas la tuberculose, la chose est indiscutable ; par quel mécanisme agit-il ?

A-t-il provoqué le développement de lésions tuberculeuses préexistantes du poumon ou de la plèvre restées latentes jusque là? Y a-t-il eu au point contus appel de bacilles amenés par la circulation des points occupés antérieurement dans des foyers plus éloignés : ganglions, moelle osseuse? La pathogénie de la tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique n'est pas élucidée complètement. De nombreuses expériences ont été faites ou sont en cours surtout en ce qui concerne la circulation des bacilles tuberculeux dans le sang; ce qui donne un nouveau jour à cette importante question. Dans l'état actuel de nos connaissances il ne nous est pas encore permis de fixer une modalité pathogénique exacte.

PREMIER CAS : ACTION DIRECTE DU TRAUMATISME

Il y a une relation de lieu évidente : c'est un traumatisme direct de la cage thoracique qui sera la cause de l'apparition symptomatologique de lésions tuberculeuses pleurales ou pulmonaires. Dans la majorité des cas il s'agit d'une contusion avec ou sans fracture de côte, plus rarement de plaies pénétrantes par projectiles, armes blanches ou instruments contondants.

1° *Plaies pénétrantes.*

Les statistiques récentes publiées sur les unités éloignées des plaies de poitrine pendant la guerre nous ont montré que la tuberculose pleuro-pulmo-

naire post-traumatique à la suite de ces plaies de poitrine était extrêmement rare. Il n'en est publié que peu de cas. On en peut voir, nous semble-t-il, la raison dans l'intervention précoce et rapide qui était dans ce cas devenue la règle. On est, en effet, actuellement frappé de la bénignité des séquelles pulmonaires chez les blessés qui ont été chirurgicalement guéris. Et si certains blessés sont devenus tuberculeux, il faut, bien souvent, incriminer des contaminations hospitalières, chez des sujets confinés dans des salles d'hôpital avec des suppurations prolongées, débilitantes, en contact avec des tuberculeux. D'autre part, le diagnostic de tuberculose a été porté parfois à tort, car certains anciens blessés du poulmon sont atteints d'un mauvais état général avec fièvre, anorexie, pâleur, asthénie. C'est cet ensemble de symptômes qui a fait faire du sujet « un faux tuberculeux ». Déjà pendant la guerre 1870-71 et les guerres qui suivirent, les comptes rendus officiels du service de santé montraient combien la tuberculisation avait été peu observée comme conséquence des plaies pénétrantes de poitrine.

Dans la littérature médicale nous avons relevé les cas suivants qui semblent probants :

Un de Lebert : coup de couteau dans le côté droit.

Un de Mosny : balle dans le poulmon gauche.

Un de Mendelssohn cité par Thoinot : coup de couteau dans la fosse sus-épineuse gauche.

2° Contusion :

La contusion de la cage thoracique est une cause bien plus fréquente de tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique ainsi qu'il en ressort de toutes les observations que nous avons consultées.

C'est parfois une simple contusion thoracique ou une contusion compliquée de fracture de côtes ou d'enfoncement du sternum. Les lésions, dans la majorité des cas, se sont développées du côté même de la contusion, quelquefois à l'endroit même qui a été contusionné. Elles peuvent aussi se développer dans le poumon opposé à la contusion. Bien que le fait soit rare il ne paraît pas toutefois impossible et la responsabilité du traumatisme, lorsqu'il se produit, ne doit pas être d'emblée rejetée.

Contusion sans fracture.

Dans le très grand nombre d'observations publiées à ce sujet, il s'agit d'une contusion simple. Dans un cas de Brehmer c'est la chute sur la face antérieure gauche du thorax contre un objet en bois. Dans un de Mendelssohn c'est une contusion violente de la poitrine par chute d'un échafaudage sur une poutre. Laugier cite celui d'un cocher de fiacre qui fut écrasé par une roue de voiture. MM. Georges Brouardel et Léon Giroux, citent un cas très net à la suite d'une contusion de la paroi thoracique droite occasionnée par une chute contre l'angle d'une grande boîte à ordures.

Dans le domaine des accidents du travail quelques cas ont prêté à discussion. Il serait pourtant intéressant de savoir si certaines attitudes professionnelles, déterminées par l'emploi d'instruments spéciaux à leur métier ne seraient pas la cause de tuberculose traumatique chez certaines catégories d'ouvriers. Déjà en 1874, Ferroud a signalé la tuberculose traumatique fréquente chez les maronniers du Rhône. Elle serait due à la pression continuellement exercée à une région fixe de la paroi antérieure du thorax, due à l'emploi de cette longue perche dont ils se servent pour faire mouvoir leur bateau. Cette façon de voir, qui n'a pas été démontrée jusqu'ici, n'est pas impossible.

Contusion avec fracture : La contusion de la région thoracique avec fracture de côtes, enfoncement du sternum... est un mode assez fréquent. La fracture de côte peut être sans déplacement et le cas est peu différent de la contusion simple. S'il y a déplacement il n'en est plus de même. Un des fragments peut ou déchirer la plèvre pariétale ou blesser la plèvre viscérale. Il peut parfois embrocher le parenchyme pulmonaire et être la cause d'un épanchement de sang plus ou moins considérable. M. le professeur Tuffier a beaucoup insisté sur l'existence de l'hémithorax dans les plaies ou contusions de la poitrine comme facteur pathogénique de complications tardives. Non évacué rapidement cet hémithorax par la fibrine qu'il dépose sur la plèvre sera une condition favorable à l'infection d'un individu en

instance de tuberculisation. Nous en avons noté deux cas, un de Chauffard par chute d'une chaise ayant déterminé une fracture de la clavicule droite, un enfoncement de la première pièce du sternum et une saillie des quatre ou cinq premières côtes droites, la tuberculose s'est déclarée du côté droit. Un autre cas de Laugier se rapportant à un individu qui présentait une tuberculose des deux poumons à la suite d'une fracture des 8^e et 9^e côtes gauches et d'une forte contusion du côté droit occasionnées par un violent coup de brancard d'une voiture.

DEUXIÈME CAS : ACTION INDIRECTE DU TRAUMATISME

Nous venons de voir les traumatismes intéressant directement le thorax : plaie pénétrante, contusion avec ou sans fracture de côte. Il n'en est pas toujours ainsi et la tuberculose pleuro-pulmonaire peut apparaître à la suite d'un traumatisme mais lui succéder d'une façon indirecte. C'est ce point sur lequel nous avons voulu attirer l'attention en signalant notre cas. Il est à remarquer que c'est surtout cette catégorie de faits qui a ouvert le champ aux expériences et aux hypothèses de pathogénie. Cette action indirecte de certains traumatismes montre aussi l'importance d'examiner minutieusement les détails qui ont précédé, accompagné et suivi un accident soit en matière de droit commun ou d'accident du travail.

En voici quelques cas :

1° Bien que peu probantes quelques observations ont mis sur le compte de l'effort la provocation de tuberculose traumatique. En effet, un individu porteur d'une tuberculose latente, fait un violent effort, le tissu pulmonaire touché par elle peut se déchirer. Cette déchirure du poumon, traduite par une hémoptysie souvent immédiate et abondante, fera évoluer l'infection au grand jour cliniquement et progressivement. Expliqué de cette façon, le fait ne paraît nullement impossible.

2° Un traumatisme porté sur un foyer tuberculeux, la généralisation tuberculeuse consécutive est bien connue. La tuberculose se localise au poumon, à la plèvre, comme elle se localise aux autres organes.

3° Un foyer de contusion ou d'attrition pulmonaire peut se tuberculiser secondairement. Ce fait, que nous signalons à propos des plaies pénétrantes de poitrine, a été surtout remarqué dans les salles d'hôpital. Ceci ne nous surprend pas, étant donné ce que nous savons sur les porteurs de germes. Strauss faisait moucher ses élèves quand ils avaient passé une heure dans son service et trouvait le bacille de Koch dans les mucosités nasales.

4° Un traumatisme a provoqué le développement dans une région extra-pulmonaire d'une tuberculose latente antérieurement. Il se créerait par transport bacillaire par la voie sanguine un foyer pulmonaire.

Ce fait n'a pas été démontré cliniquement jusqu'ici.

5° Un grand délabrement à distance du foyer pulmonaire peut provoquer chez un individu des hémorragies abondantes ou des infections secondaires. Par leur intermédiaire le traumatisme dont le rôle est très indirect peut provoquer le développement d'une tuberculose pulmonaire latente jusque là en mettant l'individu, au même titre que d'autres affections chroniques, en état de moindre résistance.

6° Un choc à distance des poumons pourra être incriminé, par exemple : une chute sur les pieds, d'une grande hauteur, comme dans le cas qui nous occupe. Comment le traumatisme a-t-il agi ?

Dans cette chute les deux poumons ont été indirectement mais fortement contusionnés.

Par un mécanisme qu'il est aisé de comprendre, des hémorragies capillaires ont pu se produire. Or, nous savons qu'une « vascularisation riche » — c'est le cas pour le poumon — « et une stase sanguine prolongée » — c'est le cas pour un tissu pulmonaire contusionné — « semblent être les conditions essentielles de localisations tuberculeuses ». C'est Mosny qui a signalé ce fait. Cet ensemble a pu être réalisé dans notre cas et a pu favoriser l'apport aux poumons, au gauche en l'occurrence, de bacilles situés en un point éloigné de l'organisme.

Malgré l'état robuste du sujet, la violence du choc a pu donner un coup de fouet à une tuberculose la-

tente. Il nous est bien difficile de fixer exactement la pathogénie et nous ne pouvons que signaler le mécanisme et la marche de l'affection en même temps que les symptômes observés.

OBSERVATION

M. X..., âgé de 18 ans, chargé de la manœuvre d'un ascenseur, fait le 19 octobre 1900 une chute de trois étages, à l'occasion de la rupture du câble de cet ascenseur : il arrive à terre « debout dans la cabine ».

Il est atteint de contusions multiples légères sur tout le corps et se plaint de sensations pénibles au niveau de la paroi abdominale ainsi que dans la fosse iliaque gauche. Mais il accuse surtout des douleurs vives dans toute la partie gauche de la cage thoracique.

Un examen pratiqué immédiatement ne révèle rien d'anormal ; le jeune homme est robuste, fortement musclé, et présente toutes les apparences d'une excellente santé générale.

Douze heures après l'accident le blessé est pris brusquement d'une toux quinteuse qui lui fait expectorer des crachats contenant, outre un peu de sang rutilant, quelques petits caillots noirâtres, et il accuse des palpitations. Malgré le repos, le malade continue à tousser et à cracher quelques filets de sang bien que les quintes s'espacent. La tachycardie rétrocede rapidement.

Cependant le jeune homme perd ses couleurs et commence à maigrir.

Au mois de novembre — un mois après l'accident — la percussion dénote un peu de submatité en arrière dans la fosse sus-épineuse gauche et en avant sous la clavicule gauche ; l'auscultation, dans les mêmes zones, fait entendre seulement un affaiblissement du murmure vésiculaire.

On commence immédiatement à faire des pointes de feu sur

la poitrine et le dos du malade qui est envoyé à la campagne où il est soumis à une cure d'héliothérapie sur la chaise longue en même temps qu'il suit un régime de suralimentation.

Malgré tous ces soins, la lésion évolue sans rémission, et bientôt l'auscultation permet de percevoir des craquements de plus en plus nombreux au sommet gauche.

Au mois de mai de l'année suivante — six mois après l'accident — il existe une petite cavité et l'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

Nous pouvons appliquer à notre cas l'opinion de MM. Ollive et Le Meignan à propos du laps de temps écoulé entre le traumatisme et l'apparition des premiers symptômes. En effet, il n'y a eu ici qu'un mois entre celle-ci et celui-là et d'autre part il y a eu une continuité absolue entre les symptômes du début et ceux de la tuberculose nette. Il est logique de mettre sur le compte de cette chute de trois étages, le développement de lésions qui étaient antérieurement tout à fait silencieuses. Sans ce choc violent, elles ne se seraient peut-être jamais révélées, peut-être auraient-elles guéri. Cet accident a pu être tenu dans l'application des lois sociales pour responsable de cette tuberculose pulmonaire traumatique.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique sont identiquement les mêmes que ceux de la tuberculose pulmonaire ordinaire. Parmi ces symptômes il en est un pourtant, qui présente un intérêt particulier et des rapports importants avec le traumatisme : c'est l'hémoptysie.

Elle peut suivre immédiatement le traumatisme ou ne se manifester qu'à une date plus éloignée. Dans le premier cas il faut examiner avec soin ses caractères : est-elle peu abondante ? le blessé n'a-t-il expulsé que quelques crachats sanglants ? C'est la traduction simple de la contusion ou de la blessure du poumon par le traumatisme.

Est-elle abondante et prolongée ? Il faut alors, et de nombreuses observations le prouvent, penser à une tuberculose évoluant jusque là silencieusement. Le traumatisme a déterminé son extériorisation.

Dans le deuxième cas l'hémoptysie est plus tardive et n'est que la traduction de la progression des lésions tuberculéuses. Mais il est intéressant de noter la date d'apparition et la modalité de cette hémoptysie qui

peut être le premier symptôme de la tuberculose installée au foyer contus.

La pleurésie accompagne souvent les lésions pulmonaires, le laps de temps qui sépare le traumatisme de son apparition est de quelques jours à quelques semaines. Elle se présente avec ses signes habituels et n'offre rien de particulier. Un point seul est important à retenir à son sujet : c'est que Chauffard et Landoüzy sont arrivés à cette conclusion appuyée par des cas nombreux que toutes les pleurésies séro-fibrineuses traumatiques peuvent être considérées comme tuberculeuses.

CONCLUSIONS

1° Le traumatisme, cause favorisante de la tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique, peut intéresser directement le thorax : il s'agit, le plus souvent de contusion avec ou sans fracture de côte, plus rarement de plaies pénétrantes par armes blanches, projectiles ou corps contondants. Il peut aussi agir indirectement par différents mécanismes dont la résultante est une stase sanguine prolongée qui favorise l'apport aux poumons de bacilles qui sommeillaient en un point quelconque de l'organisme.

2° L'hémoptysie abondante et prolongée du début est l'indice d'une tuberculose latente jusqu'à là et que le traumatisme vient de réveiller.

3° La tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique telle qu'on l'accepte en matière d'accidents du travail ou de droit commun est une conception particulière. Un individu sain, en apparence, est victime d'un traumatisme. Dans un laps de temps acceptable il présente des accidents pulmonaires, comment ne pas, logiquement, et cliniquement, rattacher ces lésions à l'accident initial?

4° Le traumatisme ne crée pas la tuberculose : c'est une vérité désormais acceptée par tout le monde que l'infection tuberculeuse est déterminée par le bacille seul. Sa gravité est fonction du nombre, de la qualité, de l'origine des éléments infectants et surtout des voies par lesquelles ils ont pénétré dans l'organisme et du siège qu'ils y occupent. Le traumatisme a-t-il donné un coup de fouet à une affection latente ? là semble être la vérité ; une tuberculose traumatique ne se développe que sur un porteur de germes.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

BALTHAZARD

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BREHMER. — Die Aetiologie der Kronischen Engenschwind-sucht, Berlin 1885.

BROUARDEL (P.). — Les blessures et les accidents du travail.
Loc. cit., p. 434, p. 440.

Georges BROUARDEL et LÉON GIROUX. — Congrès de médecine légale, de langue française de 1914.

CALMETTE. — Les acquisitions récentes de la médecine expérimentale dont il faudra tenir compte désormais dans nos efforts de lutte antituberculeuse, P. M., 17 décembre 1919, page

CHAUFFARD. — *France Médicale*, 1880, p. 731.

GILLET. — Tuberculose pulmonaire consécutive à un traumatisme thoracique (étude médico-légale), thèse de Paris, 1903.

GUDER. — Ueber der Zusammenlung zwischen trauma und Tuberkulose. Vierteljahreschrift fur genchsliche Medizin und oeffense sanitats wesen, t. VIII et IX, 1894-1895.

JACCOUD. — Académie de médecine janvier et février 1896.
Phtisie traumatique. *Semaine médicale*, 1899, p. 177.

LANDOUZY et LABBÉ. — Pleurésies. Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert.

LAUCIER. — (Cité par Gillet). Thèse de Paris 1903, p. 99; p. 104.

LEBERT. — *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie* a. 1877, *Revue de médecine*, 1870. Traité clinique et pratique de la phthisie pulmonaire.

MOSNY. — Le traumatisme, la tuberculose et la loi sur les accidents du travail, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, juillet-août, 1902.

MENDELSSOHN. — Traumatische Phtisie. *Zeitschr. f. Klin.*, 1886, t. X.

OLLIVE et LE MEIGNEN. — Accidents du travail, p. 170.

PERROUD. — De la phthisie des marins dans le département du Rhône, spécialement à Lyon C. R. du congrès de Lille, pour l'avancement des sciences, 1874, p. 950.

SERGENT et P. PRUVOST. — Communication à la Société médicale des hôpitaux sur les suites éloignées des plaies de poitrine. P. M n° 75, 10 décembre 1919.

THOINOT. — Les accidents du travail et les affections d'origine traumatique.

VIBERT. — Les accidents du travail, 1906.

Amédée Legrand, Editeur, Paris
